



Estratégias na atenção primária à saúde no pré-natal e puerpério: o papel dos agentes comunitários de saúde

Strategies in primary health care in prenatal and postpartum care: the role of community health agents

Estrategias en la atención primaria de la salud en el prenatal y puerperio: la función de los agentes comunitarios de salud

Margareth Santos Zanchetta¹ 

Toronto Metropolitan University – Toronto (ON) – Canada

Nayara Gonçalves Barbosa 

Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG) – Brasil

Ivone Evangelista Cabral 

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro (RJ) – Brasil

Clarissa Moura de Paula 

Toronto Metropolitan University – Toronto (ON) – Canada

Ingyrd Cunha Ventura Felipe 

Bridgepoint Hospital - Toronto (ON) - Canada

Zuleyce Maria Lessa Pacheco 

Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG) – Brasil

Delmar Teixeira Gomes 

Universidade Federal de Juiz de Fora – Juiz de Fora (MG) – Brasil

Waglânia de Mendonça Faustino 

Universidade Federal da Paraíba – João Pessoa (PB) – Brasil

Hilary Hwu 

Mount Sinai Hospital – Toronto (ON) – Canada

Hannah Argumedo-Stenner 

Asociación para la Naturaleza y el Desarrollo Sostenible (ANDES) - Cusco (Cusco) - Peru

Dorin Adria d'Souza 

Toronto Metropolitan University – Toronto (ON) – Canada

John Christian Tadeo 

St Michael's Hospital & University of Western Ontario. London (ON) – Canada

RESUMO

Objetivo: Compreender como agentes comunitários de saúde identificam as estratégias na atenção primária à saúde, com intuito de captar as recomendações para a assistência nos serviços de pré-natal e puerpério. **Método:** Pesquisa multicêntrica, qualitativa, com abordagem da etnografia crítica, visando à análise de questões culturais, de saberes e ações. A pesquisa foi realizada em municípios dos estados do Rio de Janeiro, de Minas Gerais e da Paraíba, no período de julho de 2019 a março de 2020, por meio de grupos focais presenciais. O reconhecimento da existência de condições promotoras e mantenedoras da violência obstétrica, e o processo indefinido de referência-contrarreferência desses casos guiaram a análise temática. **Resultados:** Durante os cinco grupos focais dos discursos dos 48 participantes, predominantemente do sexo feminino, emergiram percepções

¹ Este artigo, excepcionalmente, possui 12 autores, por tratar-se de um estudo multicêntrico.



da prática na identificação, monitoramento, referência e contrarreferência dos casos de violência obstétrica. Os participantes fizeram relatos sobre a efetividade e viabilidade das ações de suporte ao trabalho, bem como sobre as dificuldades ou lacunas nesses processos. Desse modo, foi evidenciada a indefinição da prática interprofissional, a qual ocorre somente nas situações em que os agentes estabelecem excelentes relações interprofissionais. Porém, embora estejam na linha de frente, não há um canal facilmente identificável pelos agentes para comunicar tais ocorrências. **Conclusão:** A identificação dessa violência, somada à falta de informação dos agentes, junta-se à precária organização da rede de ação, descontinuando o acompanhamento dos casos. A capacitação dos agentes é condição para a promoção do empoderamento das mulheres, pautado em seus direitos.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Mulher; Violência Obstétrica.

ABSTRACT

Objective: Understand how community health agents identify primary health care strategies to capture recommendations for prenatal and postpartum services. **Method:** A multisite, qualitative research approach with a critical ethnography design to examine issues of culture, knowledge, and actions was conducted in the municipalities of the states of Rio de Janeiro, Minas Gerais, and Paraíba, from July 2019 to March 2020, conducted through in-person focus groups. The recognition of existing conditions that promote and maintain obstetric violence, and the indefinite process of referral-counter-referral of these cases guided the thematic analysis. **Results:** In the 5 focus groups, the accounts of 48 participants, predominantly women, perceptions of the practice emerged in identifying, monitoring, referring and counter-referring cases of obstetric violence. Participants also reported the effectiveness and feasibility of supportive actions, as well difficulties or gaps in these processes. Therefore, an undefined interprofessional practice was evidenced, whose effectiveness tends to be related to the personal success of individual agents in establishing excellent interprofessional relationships. Although on the frontline, agents deal with an absence of an identifiable network for referral and counter-referral of such cases in the community. **Conclusion:** Difficulties and ambiguities associated with the identification of obstetric violence, compounded by a lack of knowledge of the participants and precarious organization of the action network, causes gaps in care and discontinuance of follow-ups. Increasing the professional development and profile of such agents is a condition for promoting women's empowerment based on their rights.

Descriptors: Primary Health Care; Community Health Workers; Health Promotion; Obstetric Violence; Women's Health.

RESUMEN

Objetivo: Comprender como agentes comunitarios de salud identifican las estrategias en la atención primaria de la salud, con la intención de captar las recomendaciones para la asistencia en los servicios de prenatal y puerperio. **Método:** Investigación multicéntrica, cualitativa, con enfoque de la etnografía crítica, visando el análisis de cuestiones culturales, de saberes y acciones. La investigación fue realizada en municipios de los estados de Rio de Janeiro, Minas Gerais y de Paraíba, en el período de julio de 2019 hasta marzo de 2020, por medio de grupos focales presenciales. El reconocimiento de la existencia de condiciones promotoras y mantenedoras de la violencia obstétrica, y el proceso indefinido de referencia-contrarreferencia de estos casos guiaron el análisis temático. **Resultados:** Durante los cinco grupos focales de los discursos de los 48 participantes, predominantemente del sexo femenino, emergieron percepciones de la práctica en la identificación, monitoreo, referencia y contrarreferencia de los casos de violencia obstétrica. Los participantes hicieron informes sobre la efectividad y viabilidad de las acciones de soporte al trabajo, como también sobre las dificultades o huecos en estos procesos. De este modo, fue evidenciada la indefinición de la práctica interprofesional, la cual ocurre solamente en las situaciones en que los agentes establecen excelentes relaciones interprofesionales. Sin embargo, aunque estén en la primera línea, no hay un canal fácilmente identificable por los agentes para comunicar tales ocurrencias. **Conclusión:** La identificación de esta violencia, agregada a la falta de información de los agentes, se junta a la precaria organización de la red de acción, descontinuando el acompañamiento de los casos. La capacitación de los agentes es condición para la promoción del empoderamiento de las mujeres, pautado en sus derechos.

Descriptorios: Atención Primaria de Salud; Agentes Comunitarios de Salud; Promoción de Salud; Salud de la Mujer; Violencia Obstétrica.

INTRODUÇÃO

A definição pioneira emitida pelas Nações Unidas⁽¹⁾ de que a violência contra as mulheres engloba qualquer ato de violência que cause danos físicos, sexuais e mentais, incluindo ações que possam restringir toda forma de liberdade das mulheres, inclui a responsabilidade social dos sistemas de saúde, que devem ser responsivos⁽²⁾ às múltiplas expressões de tal violência. Aceitar e tolerar tal violência representam formas de banalização, inclusive no interior dos serviços de saúde⁽³⁾, com situações desrespeitosas, abusivas ou de negligência durante o ciclo gravídico-puerperal, quando a mulher encontra-se em condição de maior vulnerabilidade⁽⁴⁾. Somado a isso, existe empatia limitada por parte de alguns profissionais que apresentam habilidades clínicas e humanistas inadequadas⁽⁵⁾.

A violência obstétrica (VO) tem suas manifestações nos vários níveis de atenção à saúde, que incluem desrespeitos, abuso, maus-tratos e violência no momento do parto, como violência de gênero⁽³⁾ que, potencialmente, impacta a saúde da mulher e da criança⁽⁴⁾. Para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde da mulher, recomendam-se

cuidados respeitosos no ciclo gravídico-puerperal, com a garantia de consentimento informado e suporte contínuo durante o parto e nascimento⁽⁶⁾.

Há muito tempo existe no Brasil a violência contra a mulher, sendo reconhecida como um problema sério de saúde pública enraizado em desigualdades sociais e iniquidades de gênero⁽⁷⁾. Apesar da implantação de políticas e programas relevantes, desde o pioneiro Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento (PNHPN)⁽⁸⁾ até a recente Diretriz Nacional de Atenção à Gestante⁽⁹⁾, nem mesmo os muitos instrumentos legais foram exitosos em coibir a VO.

Nossa curiosidade, enquanto equipe de pesquisa internacional em contexto multicêntrico, concentrou-se nas possíveis manifestações multidimensionais da VO no âmbito da Atenção Primária em Saúde (APS), tendo o agente comunitário de saúde (ACS) como ator social nas ações da Estratégia Saúde da Família (ESF)⁽¹⁰⁾, visto que este contribui para a promoção da saúde e o encorajamento do autocuidado à saúde. Isto se deve à busca de respostas para determinantes sociais comprometidos da saúde – tais como o acesso a serviços de saúde, letramento em saúde, práticas de saúde – e ao desenvolvimento de ações de orientação e promoção do bem-estar social⁽¹⁰⁻¹²⁾. Ademais, os ACS executam ação relevante de educação política das mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), acerca de seus direitos durante o ciclo gravídico-puerperal.

Os ACS podem contribuir para a melhoria dos indicadores maternos-infantis, sobretudo em comunidades socialmente vulneráveis e desfavorecidas, como também contribuem para a redução da mortalidade materna e aumento do acesso ao planejamento familiar⁽¹¹⁻¹²⁾. Ao realizarem as visitas domiciliares, os ACS promovem a melhoria do cuidado pré-natal e, quando devidamente treinados⁽¹³⁾, auxiliam no puerpério, estimulando maior tempo de aleitamento materno, elevação do conhecimento materno acerca da higiene e dos cuidados com o recém-nascido, entre outros⁽¹²⁾. Apesar do exposto, o estado do conhecimento sobre este tema indica lacunas em evidências científicas brasileiras, quanto à atuação do ACS na prevenção e identificação da VO, bem como em relação a seu apoio às mulheres que sofreram VO.

Esta pesquisa é fundamentada no marco conceitual da filosofia freiriana sobre educação crítica para a libertação e mudança social⁽¹⁴⁾. Nesse processo de conscientização, os indivíduos, ao se inserirem criticamente nos contextos sociais e políticos, transformam a apatia em denúncia da injustiça⁽¹⁵⁾, no contexto do combate à VO. Por sua vez, tal conscientização pode levar ao aprimoramento da atenção obstétrica no combate à VO⁽¹⁶⁾. A pesquisa norteou-se pela seguinte pergunta: como os ACS percebem as práticas das equipes da ESF na identificação, no monitoramento, na referência e contrarreferência dos casos de VO e como qual é a efetividade e viabilidade de tais práticas? A pesquisa objetivou compreender como agentes comunitários de saúde identificam as estratégias na atenção primária à saúde para captar as recomendações para a assistência nos serviços de pré-natal e puerpério.

MÉTODO

Este artigo reporta dados parciais de uma pesquisa nacional, do tipo multicêntrico, que utilizou métodos mistos e sequenciais⁽¹⁷⁾. Para o componente qualitativo, foi utilizada a etnografia crítica⁽¹⁸⁾. Tal abordagem permitiu o exame de questões culturais, de saberes e de ações. Essas questões permitem aprofundamento e refinamento de compromissos éticos baseados em valores, tanto no contexto de agendas políticas como na dinâmica de poder entre indivíduos. Desta pesquisa primária geral, extraímos os achados qualitativos obtidos pela coleta de dados, conduzida, exclusivamente, com os ACS, por meio de grupos focais. Buscou-se identificar nesses grupos aspectos consensuais entre os agentes a respeito do fenômeno sob investigação⁽¹⁹⁾. A pesquisa explorou, segundo a óptica dos ACS, as estratégias implementadas pelas equipes da ESF, para delas captar recomendações do PNHPN⁽⁸⁾.

Os cenários da pesquisa foram serviços da rede de atenção básica à saúde, do SUS, localizadas nas cidades de Belo Horizonte e Juiz de Fora (Minas Gerais), Cachoeiras de Macacu e São Gonçalo (Rio de Janeiro) e João Pessoa (Paraíba). A escolha desses municípios justifica-se pela maior facilidade na condução dos grupos focais presenciais de ACS. As sessões de coleta de dados deram-se no bojo de uma pesquisa multicêntrica, implantada em uma parceria internacional, entre uma universidade canadense e oito universidades brasileiras e seus programas de pós-graduação em Enfermagem.

A população e a amostra foram compostas por ACS integrantes de equipes da ESF que atenderam aos seguintes critérios de elegibilidade: experiência em APS com mulheres atendidas nos serviços de pré-natal e acompanhamento de puerpério. O recrutamento ocorreu no intervalo de três meses. Nesse período, em cada centro da pesquisa foram dispostos cartazes nos quadros de avisos nas salas da equipe de Enfermagem e nas áreas comuns das unidades de saúde (corredores, salas de procedimentos técnicos, recepção geral) – locais da prática de estágio supervisionado dos alunos dos pesquisadores(as) brasileiros(as). Os ACS interessados em participar da pesquisa contactaram o(a) pesquisador(a) local por telefone.

A amostragem considerou duas variáveis exploratórias (acompanhamento no pré-natal e no puerpério) com a participação de três ACS participantes por nível de variável⁽²⁰⁾. Assim, o número de ACS participantes deveria ser de, no mínimo, seis em cada centro da pesquisa. Cumpre destacar que apenas em São Gonçalo esse número não foi alcançado. O critério de saturação empírica da amostra não foi aplicado devido ao fato de os ACS manifestarem interesse em obter informações gerais, em compartilhar experiências, críticas e recomendações sobre o fenômeno investigado.

A coleta de dados por meio de grupos focais presenciais foi realizada entre julho de 2019 e março de 2020 por enfermeiros(as) pesquisadores(as) com experiência profissional nas áreas de promoção da saúde, saúde da mulher e Enfermagem Obstétrica. Após a obtenção da assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido, preencheu-se a ficha de identificação sociodemográfica contendo perguntas fechadas sobre cidade, idade, sexo biológico, identidade étnico-racial (opcional), profissão, anos de experiência profissional com clientela obstétrica e nível de escolaridade. Quatro perguntas estruturadas guiaram os grupos focais na busca de um consenso⁽²¹⁾ entre os ACS sobre o fenômeno investigado. Essas mesmas perguntas guiaram a coleta de dados com outros profissionais da APS, conforme os objetivos gerais da pesquisa, para maior exploração de evidências multidimensionais.

Os grupos focais foram guiados por perguntas originais abordando: (a) descrição de práticas da equipe da ESF na identificação e no monitoramento de casos de VO; (b) crítica sobre efetividade e viabilidade dos procedimentos da ESF e dos recursos na comunidade para monitorar a saúde física e mental das vítimas de VO; (c) narrativa sobre as principais dificuldades ou lacunas no processo de referência e contrarreferência dessas mulheres; e (d) recomendações e sugestões para melhorar a eficácia da implementação do acompanhamento domiciliar no puerpério para essa clientela. As sessões foram digitalmente registradas como arquivos de áudio.

A organização e a análise dos achados foram guiadas pela técnica de análise temática⁽²¹⁾. Os arquivos digitais de áudio foram transcritos manualmente, sendo a transcrição objeto de leitura crítica. Em seguida, os textos foram submetidos à codificação manual, guiada por uma lista de 217 códigos preliminares, criada e aplicada individualmente pelas duas primeiras autoras. Após tais procedimentos, essas autoras discutiram as evidências consensuais para descrever os achados. A seguir, foram aplicados procedimentos recomendados pela técnica de análise temática⁽²¹⁾: identificação de ideias emergentes, após repetidas leituras da compilação de respostas escritas; reflexão sobre tais ideias organizadas em grupos; tentativa de identificação de categorias e criação de temas possíveis para responder à pergunta de pesquisa. Os procedimentos de análise temática acima apresentados foram conduzidos pelas duas primeiras autoras.

Cumpre destacar que a execução do trabalho, com predefinição de temas, conforme o método utilizado⁽²¹⁾, oferece ao pesquisador a liberdade de predefinir temas para guiar a análise. Para tal, o pesquisador opta por utilizar os achados considerados empiricamente relevantes, cujo conteúdo é potencialmente capaz de responder, objetivamente, ao que o pesquisador busca. Os temas que guiaram a análise temática foram: (a) Reconhecimento da existência de condições promotoras e mantenedoras da VO; e (b) Processo indefinido de referência-contrarreferência nos casos de VO. A verificação da interpretação final dos resultados foi realizada por dois ACS que atuaram como peritos naturais devido às suas experiências com o tema investigado⁽²²⁾, como estratégia de confirmação da cientificidade da pesquisa⁽¹⁹⁾.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Toronto Metropolitan University (Canadá), protocolo nº 063 em 24/4/2019, e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), protocolo nº 3461.935 (Brasil), em 19/7/2019, em conformidade com a Resolução 466/12. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido após a leitura do mesmo e o esclarecimento de dúvidas, em sessão coletiva conduzida por um dos pesquisadores. Para preservar a anonimização de dados pessoais e sensíveis dos participantes, as falas dos ACS são unicamente identificadas pelo nome da cidade onde foi realizada a coleta de dados.

A lista de verificação *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ) foi, parcialmente, aplicada à redação deste relatório dos achados qualitativos, sendo considerados apenas os itens aplicáveis aos conteúdos aqui relatados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizados cinco grupos focais com duração média de 60 minutos, com média de nove ACS por grupo focal, com amostragem final de 48 ACS. A grande maioria dos participantes era do sexo feminino (n=35), com idade entre 30-50 anos, e tempo de experiência profissional variando de cinco a 27 anos. Ainda, 14 ACS referiram experiência profissional superior a cinco anos, sendo o máximo de 26 anos com a clientela obstétrica. A distribuição dos ACS nos grupos focais foi nas cidades de Juiz de Fora (n= 15), Cachoeiras de Macacu (n= 11), João Pessoa (n= 9), Belo Horizonte (n= 8) e São Gonçalo (n= 5). Como a pesquisa explorou o nível de compreensão crítica do

PNHPN pelos ACS, os testemunhos sobre o desconhecimento do PNHPN, bem como sua não incorporação à prática dos ACS para promoção da saúde, foi um achado surpreendente e recorrente nos grupos focais conduzidos.

Os parágrafos seguintes descrevem os resultados em cinco dimensões exploradas nos grupos focais, a saber: (a) os contextos dos relatos dos ACS, como cenário de onde emanam os achados e são expressos seus significados socioculturais; (b) a percepção dos ACS quanto às práticas das equipes da ESF nos processos de identificação, monitoramento, referência e contrarreferência dos casos de VO; (c) a percepção dos ACS quanto à efetividade e à viabilidade das práticas de identificação, monitoramento, referência e contrarreferência dos casos de VO; (d) as dificuldades ou lacunas identificadas pelos ACS no processo de referência e contrarreferência das mulheres vítimas de VO; e (e) as recomendações apresentadas pelos ACS para melhorar a eficácia da implementação do acompanhamento domiciliar no puerpério para essa população.

O contexto dos relatos dos ACS

O contexto das evidências científicas identificadas por esta pesquisa caracteriza-se por dois elementos preponderantes nos relatos dos ACS. Primeiro, as experiências de VO comumente identificadas (independentemente do sexo biológico do ACS) na comunidade (n= 35 relatos), na família (n= 8 relatos) e em si mesma (n= 5 relatos). Posteriormente, o desconhecimento quase que unânime sobre a existência do PNHPN (n= 21 relatos), como identificado em Juiz de Fora, e o pouco conhecimento sobre os direitos da mulher, quer sejam obstétricos, reprodutivos ou humanos, como revelado em João Pessoa e São Gonçalo (n= 5 relatos).

Os relatos revelam especificamente a falta de conhecimento dos ACS sobre gravidez, parto, o que seria considerado “normal” e “não normal”. Os relatos indicam cuidado pré-natal descontinuado, com limitações da oferta de acompanhamento e exames laboratoriais e de imagens. Uma sensibilidade aguçada em relação às histórias que as mulheres vivem durante a gravidez caracteriza alguns relatos entremeados com a verbalização da consciência de nada saber, somada à insegurança de orientá-las sobre algo desconhecido. Os ACS enfatizaram conhecer tanto os riscos quanto à responsabilidade indiretamente a eles atribuída. Diante disso, manifestaram a necessidade de receber capacitação formal, com ênfase na educação permanente em serviço. Além disso, enfatizaram desconhecer a existência de uma política ministerial sobre o assunto e relataram imprecisão das informações recebidas.

(...) tendo nenhum tipo de treinamento nem em violência obstétrica (...). Os agentes de saúde, na verdade, estão muito, muito pobres em conhecimento para levar para os pacientes no dia a dia. (cidade de São Gonçalo)

(...) Eu fui num curso e eles falaram que era para a gente orientar as mulheres para conhecer a maternidade, o que vai ser diferente... que a mulher tem o direito da anestesia (...). E serve de experiência para eu passar para as outras mulheres. (cidade de São Gonçalo)

Em seguida, identificou-se, ainda, o relato de conhecimento dos direitos da mulher, com a afirmação: *é preciso aprender sobre a gravidez para entender o que é violência obstétrica. (cidade de Cachoeiras de Macacu)*

(...) Se tiver uma gestante na nossa área, com o conhecimento que nós estamos tendo agora, já deveríamos falar, “quando você entrar lá, você vai exigir mais, ou vai procurar o diretor ou alguém do hospital”. Se você não quiser que aconteça isso com você, reclame mesmo (...). Dizer que lá você tem direito disso, disso, disso. (cidade de Belo Horizonte)

Também em João Pessoa, os ACS desconhecem o PNHPN, os direitos das mulheres e a prática de acompanhamento em casos de VO. Relataram que as vítimas de VO tendem a falar sobre a experiência com terceiros e não com eles. Assim, há uma ausência de *feedback* e devolutiva pela equipe da ESF. Em Juiz de Fora, desconhece-se o PNPNH e os direitos da mulher e, apesar dos relatos de VO, não se evidenciou ações de monitoramento, denúncia e referência. Em Belo Horizonte, a situação verificada foi diferente, devido à presença de um hospital de referência nacional que educa uma massa crítica de profissionais sobre a temática. Contudo, ainda em São Gonçalo, foram revelados vários casos de grávidas indevidamente avaliadas em quadros de hipertensão arterial, com recomendação de retorno ao lar e conseqüente perda do feto horas depois:

Ela foi pro hospital, o médico falou que não tava na hora de ter neném, voltou com a neném morrendo e ela sabia que o bebê tava morto e o médico não queria tirar o neném. Então depois que tirou, então ela recebeu, assim, muito apoio da família, sim, que eu lembro, mas ela ficou muito abalada psicologicamente. (cidade de São Gonçalo)

Ela foi muito humilhada. Muito humilhada mesmo. Ela me contou chorando, e eu chorei também. E eu chorei também porque eu sentia como se ela fosse minha filha. Aquilo acabou comigo, acabou comigo... (cidade de São Gonçalo)

Percepção das práticas de identificação, monitoramento, referência e contrarreferência dos casos de VO pelas equipes da ESF

Nos grupos focais, mesmo antes dos ACS conversarem sobre os processos de continuidade da assistência em casos de VO, emergiram inúmeros relatos sobre descontinuidade e negligência nos cuidados pré-natal pelos membros da equipe de saúde, assim como de casos críticos de negligência no cuidado hospitalar extensivo ao pré-parto. Em geral, a falta de suporte e a exposição comunitária a situações de violência parecem ser componentes do cenário de vida social das mulheres, como comentado:

Eu acho que não tem [apoio], às vezes, nem dentro de casa. Nem o marido, às vezes. Eu acho que elas não falam, elas têm medo, vergonha. (cidade de Belo Horizonte)

Eu acho que existe diferença em comunidade mais carente, acontece mais. Por quê? Quando é comunidade violenta, ela já passa violência. (cidade de João Pessoa)

Em outro momento, foi relatada a falta de suporte institucional com a qual os ACS frequentemente se deparam para responder às necessidades das mulheres:

(...) a maioria das vezes que a gente solicita o suporte, nunca é concluído até o final. Param no meio do caminho, parece que o serviço, o trabalho que a gente teve de ajudar aquela situação não tem retorno, param o suporte. (cidade de São Gonçalo)

(...) serviço integrado a gente não tem conhecimento ainda, né (...). Porque a gente não tem serviço social, mas tem a turma da Psicologia (...). Agora serviço integrado, não. (cidade de Juiz de Fora)

Essa percepção se deve à identificação de serviços comunitários para monitoramento de casos de VO e segurança de recém-nascidos. Entre os recursos comunitários formais, foram mencionados: a ESF (n = 7 relatos), seus serviços de Psicologia (n= 7 relatos), e os serviços de assistência legal à mulher, tais como a ouvidoria das instituições de saúde (n= 5 relatos). Já quanto aos recursos comunitários informais, destacaram a vizinhança (n= 6 relatos), apesar de serem relações superficiais e de menor envolvimento, como destacados pelos ACS da cidade de João Pessoa. Ainda, tais ACS destacaram a dificuldade de identificação de recursos para o processo de referência e o medo de denunciar:

Aí, primeiro ficamos de mãos atadas, por quê? Ai você fica na dúvida se aciona o conselho tutelar, se procura as autoridades, se tá em direito. Porque, na verdade, ela também tem medo de buscar ajuda. (cidade de João Pessoa)

Na minha área [de abrangência] as mães relatam muito que elas vão ao hospital inúmeras vezes e saem de lá... além de serem mandadas de volta pra casa, saem sem informação nenhuma. E muitas vezes são informações que são passadas... não são completas e são de formas muito ignorantes, entendeu? Elas se sentem muito humilhadas. (cidade de São Gonçalo)

Os ACS também identificaram o receio de denunciar, entre as possíveis vítimas de VO, devido aos comentários que escutam dos usuários em geral nas visitas domiciliares:

As pessoas falam que dá vontade de processar o hospital e o médico, mas eles falam sempre que “a corda arrebenta para o lado mais fraco”, e dizem assim: “Eles são ricos e nada vai acontecer para eles”. Muita gente fala assim: “Se você reclamar, se você gritar muito, aí que eles fazem pior com você”. (cidade de Belo Horizonte)

Quando ela veio ganhar o bebê, ela contou coisas horríveis. Que ela não sabia que tinha que se depilar... (cidade de Cachoeiras de Macacu)

Além disso, as práticas da equipe ESF, nos casos de VO, evidenciam a dicotomia percebida na qualidade de serviços prestados nos sistemas de saúde público e privado:

Claro que, no particular [serviço de saúde], o top, ele [o profissional de saúde] vai fazer direito, porque ali ele vai receber [dinheiro], né? Maltratou, você não vai receber e você está demitido, né? Agora, no público, ele vai fazer e não vai dar nada. Nem adianta ir à ouvidoria. (cidade de Belo Horizonte)

Eu queria relatar sobre a minha filha... quando ela foi ganhar [o bebê], ela era de menor, e eles não me deixaram ficar com ela na sala [de parto]. Eu não insisti muito porque eu achei que, de repente, se eu fizesse isso, poderiam querer tratar ela mal lá dentro (...). Eles não deixam ficar de acompanhante, para estar acompanhando, tipo, na amamentação, no início... ela sozinha, às vezes ela tava lá, precisava de ajuda e o enfermeiro tava longe. (cidade de Cachoeiras de Macacu)

Também foi identificado o monitoramento dos casos de VO na comunidade, como, por exemplo, em São Gonçalo, onde os ACS reconheceram o interesse dos vizinhos em participar, principalmente, se existe situação de sofrimento, o que foi corroborado pela percepção dos ACS:

Na comunidade, na maioria das vezes, os vizinhos se envolvem mais para ajudar do que nas outras comunidades... nas comunidades carentes é mais fácil elas se abrirem em relação ao tratamento que teve no hospital, por estar todos dependendo do SUS (...). (cidade de João Pessoa)

Ela não queria colocar a situação dela num grupo aberto para que todos soubessem do sofrimento dela, então começou a fazer tratamento em outro município e, algum tempo depois, mais ou menos um ano depois, ela engravidou novamente, mas aí não deu crédito nenhum ao nosso município, à unidade de saúde, ao nosso trabalho. (cidade de São Gonçalo)

Percepção da efetividade e viabilidade das práticas de identificação, monitoramento, referência e contrarreferência dos casos de VO

A efetividade e a viabilidade dos procedimentos existentes entre as equipes da ESF, e os recursos comunitários para monitoramento da saúde física e mental de mulheres vítimas de VO foram descritas de acordo com o tipo de prática. Ou seja, foi relatada a efetividade da prática interprofissional entre ACS com enfermeiros (n= 3), com médicos (n= 3), com assistentes sociais (n= 2) e com demais ACS (n= 2), além da efetividade do monitoramento das condições emocionais da mulher pelos ACS (n= 2).

Já a viabilidade foi percebida como sendo relativa à resolução de problemas emocionais pelos ACS (n= 2). A mediação na realização de encaminhamentos, a marcação de consultas e o acompanhamento psicológico na UBS, para promoção do cuidado em saúde mental das mulheres, foram realizados pelos ACS, a partir da identificação dos problemas emocionais e traumas decorrentes de experiências negativas relativas à maternidade.

Acho que primeiro o apoio emocional, né? Ir até ela e tentar, de certa forma, confortar ela e também trazer pra enfermeira, no caso, da unidade. Na prática seria assim, saber o fato e levar pra enfermeira, né? Buscar apoio com o profissional que seria cabível. (cidade de São Gonçalo)

Nos primeiros dias ela estava muito traumatizada, ela não conseguia nem ir ao banheiro. Aí eu fui conversando, marquei psicólogo para ela. Agora, está sendo até assistida pelo psicólogo no posto de saúde. Ela, hoje em dia, tá bem, entendeu? (cidade de São Gonçalo)

A necessidade de apoio psicológico foi evidenciada nas percepções dos ACS, em função do trauma emocional decorrente da VO, que pode tanto afetar o bem-estar da mulher como da criança, abalando a dinâmica familiar:

(...) geralmente eu ia sozinha. Ela [médica] falou na minha cara: “sua filha vai nascer com o pé assim, assado... a gente vai ter que fazer várias cirurgias porque sua filha vai nascer com o pé torto”. Eu saí do consultório, eu não via nada na minha frente. Eu sentei na calçada e comecei a chorar... eu não conseguia andar. Quando eu fui ganhar a minha filha, eu surtei na sala de cirurgia. (cidade de São Gonçalo)

(...) porque eu tenho 24 anos e também venho de um parto com muitas dificuldades, minha filha estava com 16 anos na época, chegou já numa posição apresentando com bastante dificuldade, e entrou após 19 horas para nascer a criança, tá. (...) E o interessante é que a única pessoa que me deu suporte durante todo esse momento na maternidade foi um técnico de Enfermagem, no qual tentou algumas coisas do parto humanizado (...). (cidade de Juiz de Fora)

Os ACS comentaram que a integração de trabalho entre médico-psicólogo é uma ação preventiva e não curativa. Ainda, exemplificam a operação do sistema de referência e contrarreferência dos casos pelo trabalho integrado da equipe da ESF, que geralmente pode ser extensivo à participação de outras unidades da APS:

Normalmente a gente leva ao conhecimento da equipe, da enfermeira, do médico, para ver como vai ser a postura que eles vão tomar. Quando tem um grupo de NASF na unidade, encaminha pro psicólogo pra conversar. (cidade de Cachoeiras de Macacu)

O que poderia ser feito, eu acho que é humanização. É uma palavra bonita, as pessoas gostam de falar, “ah, vamos humanizar a saúde”, mas eu acho que é isso mesmo que tá faltando. Humanizar. A escuta vem de você estar com esse olhar geral, humanizado, ver esse contexto todo. (cidade de São Gonçalo)

Dificuldades ou lacunas no processo de referência e contrarreferência das mulheres vítimas de VO

As maiores dificuldades na identificação de serviços de referência dizem respeito aos registros de casos de VO nas delegacias de polícia (n= 4 relatos), assim como aos profissionais de Psicologia (n = 3 relatos). ACS criticaram as ações pós-VO adotadas por vários atores sociais:

E, no caso dessas meninas, eu não sei como perderam os bebês, mas eu sei que elas reclamam, né? Mas, assim, reclamaram, fizeram até boletim de ocorrência, mas depois não deu nada (...). (cidade de Belo Horizonte) (...) se ela pede para gente qualquer coisa, e a gente encaminha ela para algum lugar... Assim... a gente tinha uma médica muito boa, ela ouvia muito a gente, então eu tinha liberdade com a médica daqui, de dizer: "Eu estou achando esse neném paradinho demais, a senhora não está achando não?". Ela falava: "É... eu notei também, então vamos encaminhar para o serviço". (cidade de Juiz de Fora)

Lacunas similares nos processos de controle de qualidade dos serviços obstétricos foram destacadas:

(...) se tivesse um relatório que investiga por onde ela passou, ali, nas maternidades... todas as maternidades que têm o comitê específico de morte materna. Ou pelo menos deveria ter (...). No [hospital x] tem o comitê de morte materna e neonatal, que é o primeiro de investigação. (cidade de João Pessoa)

Ela era usuária de drogas (...). Agora que o bebê nasceu, ela já não está mais na minha área... eu tive que estar mais presente. Insistir nas consultas, no pré-natal, com a enfermeira aqui. Eu levava o pedido e ela não aparecia, aí e eu voltava lá. Eles tomaram a criança dela por ela ser usuária. Eu fiquei conhecendo através do pessoal da assistência social que veio falar comigo, até para saber como estava. (cidade de Juiz de Fora)

Recomendações para melhorar a eficácia da implementação do acompanhamento domiciliar no puerpério para essa população

Os relatos dos ACS evidenciaram a necessidade de treinamento em serviço para a equipe multidisciplinar em todos os locais de pesquisa. Os ACS em Belo Horizonte revelaram que a participação no grupo focal lhes permitiu tomar consciência de que a suposta naturalidade não era natural, era violência. Cabe, ainda, ressaltar que o fato de estarem próximos de um hospital de referência nacional lhes propicia a oferta de treinamento e cursos de capacitação frequentes. Em Cachoeiras de Macacu, os agentes comunitários de saúde (ACS) também enfatizaram a importância do acompanhamento psicológico, como forma de prepará-los adequadamente para lidar com as consequências decorrentes dos casos identificados entre as usuárias. Para lidar com o impacto da VO na comunidade, os ACS comumente aproveitam momentos de conversas entre si, para extravasar emoções difíceis. Por reconhecerem a necessidade de educação sobre gestação e parto, e cientes da ausência de capacitação, utilizam, como alternativa, a autoaprendizagem na internet em base intuitiva:

(...) capacitação, questão da mulher, questão da gestante, questão do recém-nascido, toda essa questão que envolve a mulher, gestante, recém-nascido, puerpério. Quem tem curso de técnico já estudou um pouco. (cidade de São Gonçalo)

Começar o básico, de início, que orientação que vai dar para aquela pessoa que acabou de engravidar? Por ser mulher nova, não ter [conhecimento], não sabe o que ela faz. Tá num desespero que a gente passa junto. (cidade de São Gonçalo)

Os grupos focais também permitiram que os ACS apresentassem suas recomendações originais, visando à maior eficácia na implementação do acompanhamento domiciliar no pré-natal e no puerpério, nos casos identificados de VO. Isso permitiria que desempenhassem um trabalho educativo na área de direitos das usuárias gestantes:

Sobre os direitos que elas têm, as gestantes, as crianças, porque isso não é respeitar algumas. A gente também não sabe, eu não sei, quantos, normalmente, todos os direitos que ela tem pra eu... para passar para ela. (cidade de São Gonçalo)

A gestante reconhecer seu direito, deve saber (...). Então ela desconhece a questão do parto humanizado, a questão de ter... o direito de ter um acompanhante que possa estar ali brigando pelos direitos da pessoa. E trabalhar a questão da cabeça mesmo, né. E a questão do direito da escolha e o questionamento na hora das consultas de pré-natal. (cidade de Juiz de Fora)

Por outro lado, os ACS enfatizaram que conhecimento sobre o PNHPN poderia instrumentalizá-los, em geral, para adoção de um papel mais ativo na orientação das usuárias e dos familiares, na defesa de direitos assegurados pelo Programa:

(...) nós, ACS, se tiver uma gestante na nossa área, com o conhecimento que nós estamos tendo agora, já deveríamos falar, “quando você entrar lá, você vai exigir mais, ou vai procurar o diretor ou alguém do hospital”. Porque até teve uma das vezes que falou assim: “Eu chamei a polícia e eles me atenderam”. Eu acho que tem que ter mais força, sabe? E a gente está treinando elas. (cidade de Belo Horizonte)

Na realidade, alguns ACS já iniciam tal prática de conscientização política:

O que acontece é que, na visita, a gente tem como orientar algumas coisas que a gente sabe que a mãe tem direito. Exemplo: tem direito a acompanhante. (cidade de Cachoeiras de Macacu).

(...) justamente quando iniciou esse pré-natal, nós começamos a bater um papo, aí eu prestei atenção na informação que a enfermeira estava passando (...). Eu não, eu não tinha essa informação, e lá, naquele momento, ali, eu ouvi a importância daquela informação sendo dada pela enfermeira, entendeu? Então, eu acho que eu estava no momento certo para escutar uma coisa importantíssima, porque eu acho que foi a única coisa profissional e foi por acaso. (cidade de São Gonçalo)

Portanto, fundamentados nas narrativas relatadas, os ACS apresentaram 20 recomendações para temas específicos quanto à capacitação deles, incluindo gravidez e parto (n= 6), melhoria da qualidade de serviços (n= 5) e direitos da mulher (n= 3). Os agentes também fizeram quatro outras recomendações para educação em serviço, referente à capacitação em direitos humanos para médicos (n= 2) e enfermeiros (n= 2); e, ainda, recomendações para que os casos de VO fossem objeto de discussão mensal na ESF, quanto às ações domiciliares a serem implementadas (n= 2).

Os resultados indicam que os ACS percebem a prática das equipes da ESF na identificação, monitoramento, referência e contrarreferência dos casos de VO. Do mesmo modo, entendem que a efetividade e a viabilidade de tais práticas é uma conduta interprofissional não consumada, cuja eficácia tende a ser relacionada ao sucesso pessoal do ACS em estabelecer excelentes relações interprofissionais. Tal percepção pode ser analisada e compreendida em duas perspectivas distintas: (a) a do reconhecimento da existência de condições produtoras e mantenedoras da VO; e (b) a do reconhecimento do processo indefinido de referência-contrarreferência nos casos de VO.

Ter uma percepção clara a respeito das questões subjacentes à VO requer do ACS um certo domínio de conhecimentos, por ora ainda insuficientes. Embora haja tal lacuna de conhecimentos, a experiência profissional cumulativa dos ACS lhes permite um conhecimento empírico para identificar que as condições de assistência e acompanhamento das usuárias são inadequadas. As evidências revelam lacunas, também, na educação crítica em serviço, que deveria ser oferecida aos ACS, visando intervenções de modo abrangente nas questões da clientela, no contexto comunitário, para subsidiar autonomia e a mudança social⁽¹⁴⁾.

Reconhecimento da existência de condições promotoras e mantenedoras da VO

A denúncia dos ACS quanto à dicotomia entre a qualidade dos serviços oferecidos nos sistemas público e privado, nos quais a VO pode ser reconhecida e coibida, implica o reconhecimento de condições que criam oportunidades de desrespeito ao PNHPN.

As narrativas denotam que, em virtude das precárias condições de trabalho e da sobrecarga dos profissionais em instituições públicas, as mulheres encontram-se mais suscetíveis a sofrer VO⁽²⁴⁾. Na clientela assistida pelos ACS, o maior número de casos de VO ocorre em mulheres jovens, com menor nível educacional e baixa renda familiar, negras, residentes na zona urbana, com acesso limitado aos serviços de saúde^(23,24). O enfrentamento dessas iniquidades e a promoção de cuidados maternos respeitosos para com todas as mulheres são essenciais para a melhoria da equidade em saúde e qualidade da assistência⁽²⁴⁾. Esses objetivos podem ser alcançados com o auxílio dos ACS, visto que sua proximidade com a comunidade em situação de maior vulnerabilidade lhes permite romper barreiras e conectar essa população aos serviços de saúde.

O almejado papel profissional a ser exercido pelos ACS – uma vez devidamente capacitados⁽¹³⁾ para enfrentar a multidimensionalidade da VO, da trajetória pré-natal até o puerpério – requer educação abrangente, conhecimentos amplos sobre fisiologia da gestação e vida dos recém-nascidos, além de familiaridade com contextos sociais, conteúdos humanistas e de comunicação. Capacitar ACS para o desenvolvimento de melhores práticas de saúde em contexto comunitário pode ajudá-los a suprir a limitação na formação profissional, como sugerido em uma revisão sistemática de estudos internacionais multicêntricos realizados em países da África, América do Norte, Ásia e Europa⁽²⁵⁾. Cumpre destacar que tais países operam na APS com o trabalho de pessoas voluntárias ou treinadas, com funções similares àquelas desempenhadas pelos ACS brasileiros. Entretanto, o papel desempenhado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) em um sistema de saúde integrado, como o Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta-se como

algo inadequado se compararmos as ações e os conhecimentos desses profissionais com aqueles em contextos internacionais, dadas as significativas diferenças no contexto, no perfil e no escopo das atividades realizadas.

Nas narrativas dos ACS, confirma-se que, além da aceitação e tolerância da violência contra a mulher na sociedade, em determinadas culturas, ocorre a banalização e naturalização desses atos nos serviços de saúde⁽³⁾, ainda que haja interação social e interpessoal. As evidências também confirmam a persistência de práticas assistenciais desrespeitosas e abusivas ao longo de qualquer etapa do ciclo gravídico puerperal, sobretudo quando as usuárias mulheres encontram-se em um contexto de vulnerabilidade social⁽⁴⁾. Contribuem para tal cenário a atuação de profissionais ineptos, tanto no domínio técnico e relacional quanto social e humanístico⁽⁵⁾. Desse modo, faz-se necessária a conscientização dos profissionais de saúde e de outros trabalhadores dos serviços de saúde, acerca da importância de suas atitudes: seu comportamento, a tonalidade da voz, a escolha das palavras e o modo como prestam cuidados à mulher⁽⁸⁾.

Isto se relaciona com situações de imposição, condutas autoritárias e desigualdade de poder do profissional de saúde para com a mulher, usuária do SUS. Verificam-se relações de poder entre a usuária e o profissional de saúde, a partir de uma interação assimétrica modulada pelo saber e o poder, na qual o conhecimento formal e técnico confere autoridade, estabelecendo uma hierarquização de saberes⁽²³⁾.

A vivência da VO, do tratamento desumanizado e o distanciamento entre o profissional e a mulher pode levar à falta de confiança nos serviços de saúde, ocasionando o afastamento, a menor vinculação e o comprometimento do acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal, assim como do recém-nascido nos serviços de saúde⁽³⁾. Isso pode acarretar graves prejuízos ao binômio mãe-recém-nascido. De fato, o reconhecimento das expectativas das gestantes em suas singularidades, seus sentimentos e suas dúvidas, bem como a satisfação com o parto representam estratégias para a redução da VO⁽¹⁶⁾. Ademais, conscientizar as mulheres sobre seus direitos e sua autonomia é uma estratégia simples para reduzir a VO⁽³⁾. Essa compreensão está presente nas narrativas dos ACS, evidenciando as raízes para a percepção das condições promotoras e mantenedoras da VO subjacente à prática das equipes da ESF.

Processo indefinido de referência-contrarreferência nos casos de VO

No que tange à identificação das estratégias no processo de referência-contrarreferência nos casos de VO, bem como a percepção dessas por parte dos ACS, evidenciou-se que, sem a clara orientação sobre o processo de ações interprofissionais, torna-se impossível ao ACS entender o percurso das ações necessárias para responder aos preceitos da proposta dos cuidados maternos de forma respeitosa, pensando que esse cuidado é organizado e oferecido à mulher para a manutenção da dignidade, privacidade e confidencialidade⁽⁶⁾.

Embora o PNHPN assegure a melhoria do acesso, da cobertura e qualidade da assistência durante o pré-natal, o parto e no puerpério, na perspectiva de direitos e cidadania⁽⁸⁾, há um fator agravante para a indefinição do processo: a falta de clareza sobre fluxos de referência e contrarreferência nos casos de VO. O entendimento a respeito da dinâmica dos processos de referência e contrarreferência em APS ajudaria os ACS, também, a advogar pela melhoria da qualidade de serviços, sobrepujando a banalização da VO⁽³⁾ nos serviços de sua prática profissional.

À luz do PNHPN, o debate sobre a VO pode contribuir para melhor compreensão e sensibilização acerca das mudanças necessárias para promover uma assistência digna, respeitosa e de qualidade ao ciclo gravídico-puerperal e às situações de abortamento⁽²³⁾.

Esta sensibilização conduz a uma abordagem clara e eficaz dos casos de VO, para que intervenções interdisciplinares e complementares assegurem integralidade, complementaridade e continuidade do cuidado. O contato com as consequências da VO, que também abala emocionalmente os ACS, resulta no sofrimento mental desses profissionais, em face da indefinição de ações integradas no processo de referência-contrarreferência dos casos. O foco na resolução de questões prioritárias os leva a agir na mediação da realização de encaminhamentos, marcação de consultas e acompanhamento psicológico na UBS para promoção do cuidado em saúde mental das mulheres.

Apesar da indefinição estrutural, o estabelecimento de uma rotina de trabalho de acompanhamento dos casos de VO identificados na comunidade competiria à equipe multiprofissional da ESF. Esses, deveriam estabelecer linhas norteadoras do trabalho educativo do ACS na comunidade, aglutinando pessoas que possam constituir uma rede de suporte social e emocional às gestantes e às puérperas, de modo que essas possam superar os traumas decorrentes da VO. Assim sendo, a própria equipe da ESF poderia assegurar a continuidade, a integralidade e o cuidado responsivo à realidade social e às vulnerabilidades clínicas das mulheres.

As evidências corroboram que a promoção dos direitos de saúde na APS e a expansão das práticas de cuidados maternos seguros e respeitosos na comunidade têm um papel fundamental para eliminar a VO⁽²⁶⁾. Para tal, faz-se necessário protagonismo intenso e mobilização da potencialidade de ação comunitária do ACS somados

à conscientização das mulheres acerca de seus direitos e sua autonomia⁽²⁴⁾. As evidências sugerem, ainda, que tal enfrentamento requer colaboração multissetorial, organização da sociedade civil, construção de parcerias e grupos de defesa pelos direitos das mulheres^(24,26). Futuras políticas públicas, e o fortalecimento e implementação das já existentes, com maior alcance de inclusão social, devem basear-se na comunicação interpessoal, no consentimento informado, nas boas práticas no parto e nascimento e, fundamentalmente, na criação de vínculos e fortalecimento do respeito e confiança entre o profissional e a mulher⁽²³⁾.

A novidade trazida por esta pesquisa concentra-se nas expressões da VO em contexto comunitário, no âmbito da prática de promoção da saúde pelos ACS; enquanto atores sociais na linha de frente lidam com a ausência de rede identificável para referência e contrarreferência de casos de VO na comunidade. Repete-se o desvelamento da descontinuidade na assistência comunitária à mulher no ciclo grávido-puerperal, que pode se agravar pelo baixo conhecimento dos ACS sobre o PHPNP e o ciclo grávido-puerperal, impedindo-os de desenvolver ação protetora da saúde das mulheres na APS. Esta pesquisa confirma a necessidade da concepção de estratégias multidimensionais para identificação-reconhecimento-enfrentamento da VO na comunidade, suas repercussões, bem como a necessidade de mobilização do papel potencial do ACS na implantação de tais estratégias.

As evidências confirmam que ainda existe uma grande lacuna para que a APS no Brasil possa confirmar seu papel central na melhoria da saúde materna, com destaque ao trabalho dos ACS, com ênfase no cuidado educativo centrado na família, no acompanhamento pré-natal e nos cuidados maternos e infantis^(11,12). Em revisões sistemáticas de estudos internacionais multicêntricos, conduzidos na América do Sul, África e Ásia^(25,28), recomendou-se que a educação permanente em serviço dos profissionais na APS, em especial os promotores de saúde comunitária, deveria priorizar eventos nas visitas pré e pós-natal, para a identificação de sinais precoces de riscos, preparação para o parto, cuidados essenciais ao recém-nascido, procedimentos de referência e promoção de grupos de gestantes.

A primeira e principal limitação metodológica desta pesquisa refere-se a problemas técnicos com arquivos de áudios e perda de documentos digitados, o que comprometeu a identificação sociodemográfica específica dos ACS. Embora tenha sido possível a identificação de dois ACS que trabalham na região Sudeste (sendo apenas um deles participante da pesquisa), na verificação geral da interpretação final dos achados, esses não representam o retrato da realidade da prática de outras regiões brasileiras. O que há, portanto, é uma limitação metodológica relevante capaz de comprometer a transferência das evidências para outros contextos de prática no Brasil.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou compreender como os ACS identificam as estratégias na atenção primária à saúde. Uma vez compreendida a percepção desses profissionais, busca-se conceber recomendações para a assistência nos serviços de pré-natal e puerpério, principalmente por meio da análise de relatos cotidianos, que revelam a VO já no contexto da APS.

Em tal cotidiano, a VO está presente, é reconhecida e silenciada. Os ACS corroboram com o fato de que a VO permanece imbricada, sistematicamente, na falta de informações e na precária organização de uma rede de referência e contrarreferência de casos. Sendo assim, o combate à VO representa um desafio que requer compartilhamento de poder e conhecimento nas equipes da ESF. Expandir a base de conhecimentos teóricos, conceituais e político-filosóficos dos ACS e demais profissionais da ESF implica substanciar a esperada mudança social por meio da conscientização e capacitação sistematizada dos inúmeros atores sociais responsáveis por tornar a VO resultado de prática obsoleta do tipo hegemônica, abusiva e desumanizada.

AGRADECIMENTO E CONFLITO DE INTERESSE

Os autores agradecem aos seguintes colaboradores por sua inestimável contribuição para o recrutamento dos participantes: Sindicato dos Agentes Comunitários do Rio de Janeiro – Conselho de Diretores: Francisco Vilela, Andreia de Carvalho, Orlando Filho, Patricia Daltro, Marinalva da Conceição, João Freitas, Francisco Figueiredo, Andrea Xavier e Jane de Oliveira (in memoriam); enfermeiros residentes, estudantes de graduação e pós-graduação e docentes de Enfermagem das Universidade Federal de Juiz de Fora e Universidade Federal da Paraíba. Expressamos nosso reconhecimento aos Dr. Valdecyr H. Alves, Dr. Audrey Vidal e Dra. Bianca Dargam (Universidade Federal Fluminense) e Dras Kleyde Ventura e Érica Dumont (Universidade Federal de Minas Gerais), por suas contribuições durante a concepção e implantação desta pesquisa.

CONFLITO DE INTERESSE

Nada a declarar

CONTRIBUIÇÃO

Margareth Santos Zanchetta, Ivone Evangelista Cabral, Ingrid Cunha Ventura Felipe, Zuleyce Maria Lessa Pacheco, Delmar Teixeira Gomes, Waglânia de Mendonça Faustino, Hilary Hwu, Hannah Argumedo-Stenner, Dorin Adria d'Souza e John Christian Tadeo contribuíram com o desenho do estudo. **Zuleyce Maria Lessa Pacheco, Delmar Teixeira Gomes, Waglânia de Mendonça Faustino, Hilary Hwu, Hannah Argumedo-Stenner, Dorin Adria d'Souza e John Christian Tadeo** contribuíram com a aquisição de dados. **Margareth Santos Zanchetta, Nayara Gonçalves Barbosa, Clarissa Moura de Paula, Ivone Evangelista Cabral e Ingrid Cunha Ventura Felipe** contribuíram com a análise de dados e interpretação dos resultados. **Margareth Santos Zanchetta, Nayara Gonçalves Barbosa, Clarissa Moura de Paula, Ivone Evangelista Cabral e Ingrid Cunha Ventura Felipe** contribuíram com a redação e revisão crítica do manuscrito. **Margareth Santos Zanchetta, Nayara Gonçalves Barbosa, Clarissa Moura de Paula, Ivone Evangelista Cabral, Ingrid Cunha Ventura Felipe, Zuleyce Maria Lessa Pacheco, Delmar Teixeira Gomes, Waglânia de Mendonça Faustino, Hilary Hwu, Hannah Argumedo-Stenner, Dorin Adria d'Souza e John Christian Tadeo** contribuíram com a aprovação da versão final do artigo. **Margareth Santos Zanchetta, Nayara Gonçalves Barbosa e Clarissa Moura de Paula** se responsabilizam por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado

FINANCIAMENTO

Mitacs Globalink Research Award 2018 outorgado a Vanessa Fofie (#IT 12953), Dakota Carrie (#IT 12407), Francesca Aviv (#IT12406), Milena Oliva (#T12475), Dorin d'Souza (#IT 12470), Hannah Stahl (#IT 12476), Hannah Argumedo-Stenner (#IT 12401), Hilary Hwu (#IT 12473) e John Tadeo (#IT 12952); e, Toronto Metropolitan University's President Office and Faculty of Community Services, Seed Grant 2019.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Declaration on the elimination of violence against women [Internet]. Geneva: United Nations; 1993 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
2. World Health Organization. Violence against women. [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2024 fev 21]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Leite TH, Marques ES, Esteves-Pereira AP, Nucci MF, Portella Y, Leal MDC. Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence: a challenge for epidemiology and public health in Brazil. *Cien Saude Colet*. [Internet]. 2022 [cited 2023 fev 21]; 27(2):483-491. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022272.38592020>
4. World Health Organization. Prevention and elimination of disrespect and abuse during childbirth [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2023 fev 21]. Available from: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/en/
5. Stanton ME, Gogoi A. Dignity and respect in maternity care. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2022 [cited 2023 fev 21]; 5(Suppl 2):e009023. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009023>
6. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [cited 2023 fev 21]. Available from: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartumcare-guidelines/en/>
7. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008 [acesso em 2023 jul 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf
8. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, através da Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [citado 24 fev 2023]. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html

9. Ministério da Saúde (BR). Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: versão preliminar [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado 24 fev 2023]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/diretriz_assistencia_parto_normal.pdf
10. Broch D, Riquinho DL, Vieira LB, Ramos AR, Gasparin VA. Social determinants of health and community health agent work [Internet]. *Rev Esc Enferm USP*. 2020 [cited 15 jul 2023]; 54:e03558. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018031403558>
11. Melo E, Lima TR, Maia PFCMD, Valente EP, Vezzini F, Tamburlini G. Effectiveness of an action-oriented educational intervention in ensuring long term improvement of knowledge, attitudes and practices of community health workers in maternal and infant health: a randomized controlled study. *BMC Med Educ* [Internet]. 2018 [cited 2023 Dec 10];18(1):224. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1332-x>
12. Bonifácio LP, Marques JMA, Vieira EM. Assessment of the knowledge of Brazilian Community Health Workers regarding prenatal care. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2019 [cited 2023 dez 10]; 20: 1-7. Available from: <https://doi.org/10.1017/S1463423618000725>
13. World Health Organization. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2023 dez 10]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
14. Freire P. Education for critical consciousness. New York, NY: Continuum; 1973.
15. Freire P. Conscientização: Teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro; 2001.
16. Marques GM, Nascimento DZD. Alternatives that contribute to the reduction of obstetric violence. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2019 [cited 2023 dez 10];24(12):4743-4. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-812320182412.236612019>
17. Creswell JW, Clark VLP. Designing and conducting mixed methods research. 3rd ed. Newbury Park: Sage Publications; 2017.
18. Thomas J. Beginning to think critically [Internet]. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1993. Doing critical ethnography; p.18-32. Available from: <https://doi.org/10.4135/9781412983945>
19. Creswell JW, Creswell JD. Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approach. 5th ed. Newbury Park: Sage Publications; 2018.
20. Pires A. Échantillonnage et recherche qualitative: Essai théorique et méthodologique [Sampling and qualitative research: Theoretical and methodological essay]. In J. Poupart, Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives editores. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques. Montréal, Canada: Gaëtan Morin; 1997. p. 113–169.
21. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales [francês]. Paris: Armand Colin; 2016.
22. Sandelowski M. The call to experts in qualitative research. *Res Nurs Health* [Internet]. 1998 [cited 2023 Dec 10]; 21(5):467-71. Available from: [http://dx.doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199810\)21:5<467::AID-NUR9>3.0.CO;2-L](http://dx.doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199810)21:5<467::AID-NUR9>3.0.CO;2-L)
23. Edward MM, Kibanda Z. Obstetric violence: a public health concern. *Health Sci Rep* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 10]; 6(1):1-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/hsr2.1026>
24. Bohren MA, Mehtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *Lancet* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 10]; 394(10210):1750-1763. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31992-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31992-0)
25. Scharff D, Enard KR, Tao D, Strand G, Yakubu R, Cope V. Community health worker impact on knowledge, antenatal care, and birth outcomes: a systematic review. *Matern Child Health J* [Internet]. 2022 [cited 2023 Dec 10]; 26:79–101. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10995-021-03299-w>

26. Williams CR, Meier BM. Ending the abuse: the human rights implications of obstetric violence and the promise of rights-based policy to realise respectful maternity care. *Sex Reprod Health Matters* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 10];27(1): 9-11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/26410397.2019.1691899>
27. Yamin AE. Power, politics and knowledge claims: sexual and reproductive health and rights in the SDG era. *Glob Policy* [Internet]. 2019 [cited 2023 Dec 10];10(Suppl 1):52-60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/1758-5899.12598>
28. Gupta M, Bansal A, Chakrapani V, Jaiswal N, Kiran T. The effectiveness of prenatal and postnatal home visits by paramedical professionals and women's group meetings in improving maternal and child health outcomes in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Public Health* [Internet]. 2023 [cited 2024 Feb 10]; 215: 106-117. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.11.023>

Primeira autora e responsável pela correspondência

Margareth S. Zanchetta

Toronto Metropolitan University, Faculty of Community Services, Daphne Cockwell School of Nursing

288 Church St. office DCC 539

M5B1Z5 / Toronto, ON, Canada

Email: mzanchet@torontomu.ca

Como citar: Zanchetta MS, Barbosa NG, Cabral IE, Paula CM de, Felipe ICV, Pacheco ZML, et al. Estratégias na atenção primária à saúde no pré-natal e puerpério: o papel dos agentes comunitários de saúde. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2024; 37: 14830.
